

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928 — N° 183

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TORSIONS DU PÉDICULE
DES TUMEURS DU PAVILLON DE LA TROMPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 46 Mai 1928

PAR

Émile LUCIEN

Né à TANANARIVE (Madagascar), le 27 Mai 1899

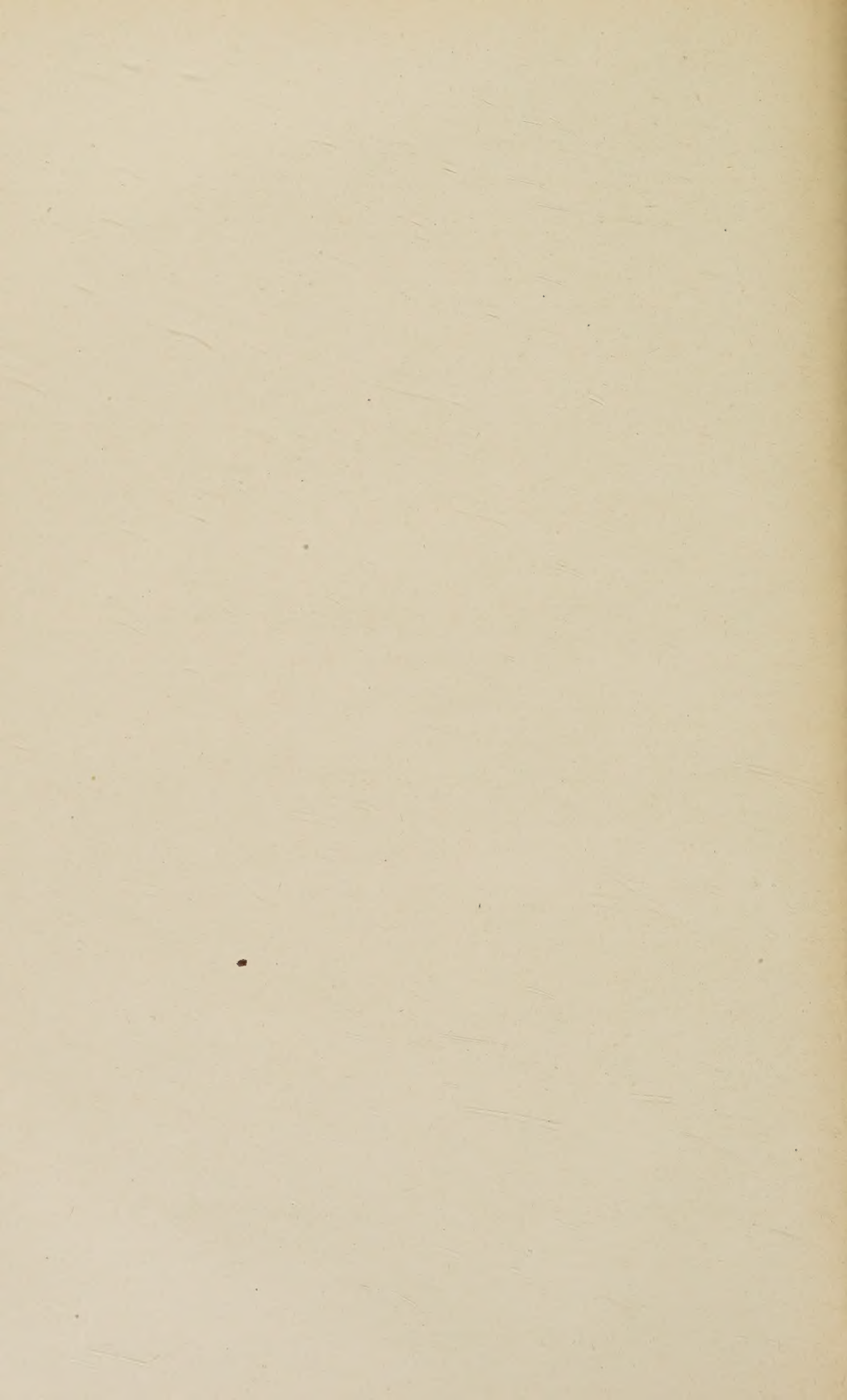
Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur	<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927 - 1928 — N° 183

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TORSIONS DU PÉDICULE
DES TUMEURS DU PAVILLON DE LA TROMPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 Mai 1928

PAR

Émile LUCIEN

Né à TANANARIVE (Madagascar), le 27 Mai 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges.
		JEANNENEY, agrégé	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU.
W. DUBREUILH, RIVIÈRE.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	N.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	IACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.		LOUBAT.
	GREYX.	Obstétrique.....	PÉRY.
Médecine générale.....	BONNIN.		FAUGÈRE.
	AUBERTIN.	Pharmacie.....	GOLSE.
	DAMADE.		

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	N.		
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. CHAVANNAZ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage de ma reconnaissance
et de mon admiration.*

AVANT-PROPOS

Ayant observé dans le Service de Clinique chirurgicale de notre Maître, M. le Professeur CHAVANNAZ, deux tumeurs du pavillon de la trompe à pédicule tordu, nous avons cru intéressant de faire une étude clinique de cette complication des restes mulléo-wolffiens.

Sans avoir la prétention de résumer tous les travaux faits sur les corps de Wolff et les canaux de Müller, nous essayerons, avant d'entreprendre cette étude clinique et thérapeutique, de donner quelques détails succincts sur l'embryologie ainsi qu'un aperçu de l'histoire de ces débris embryonnaires.

Mais, avant de commencer, il reste encore un devoir à remplir, et nous souhaitons n'en avoir jamais que d'aussi agréable.

Nous avons trouvé, en effet, auprès de nos maîtres, une grande bienveillance à notre égard. Aussi est-ce avec la plus profonde gratitude que nous remercions nos premiers maîtres et parmi eux, tout d'abord, M. le Docteur FONTYON, Directeur de l'Ecole de Médecine de Tananarive, dont nous ne croyons pas blesser la modestie en disant tout le bien que nous pensons de lui, toute la reconnaissance que nous lui gardons. Nous n'oublions pas M. le Médecin-Inspecteur ALLAIN, Directeur du Service de Santé ; MM. les Docteurs CACHIN, RASAMIMANANA le grand clinicien malgache, qui guidaient nos premiers pas dans la Médecine, et enfin M. le Médecin-Chef JOUSSET qui, durant notre service

militaire, nous témoignait la plus grande estime et nous comblait de tendresse paternelle en s'intéressant à notre avenir.

A Bordeaux, nous avons pu apprécier pendant trop peu de temps, à notre gré, la science clinique de M. le Professeur CHAVANNAZ ainsi que sa bienveillance extrême à l'égard de l'humble colonial que nous sommes. Dire tout le bien que nous pensons de ce Maître aimé et vénéré serait une superfétation après ce que d'autres plus autorisés ont dit de lui. Il nous a fait en outre le grand honneur de présider notre thèse.

Nous tenons à remercier également M. le Doyen, ainsi que MM. les Professeurs CASSAET, BÉGOIN, DUVERGEY, GUYOT, PORTMANN, VERGER, etc., qui nous ont toujours réservé le meilleur accueil.

Notre gratitude va également aux Docteurs Jean CHAVANNAZ, MAGNANT, NADAL et PAUZAT, qui nous ont aidé dans nos recherches pour cette thèse inaugurale.

Enfin, notre dette de reconnaissance est déjà lourde, mais encore nous tenons à adresser l'hommage de notre humble attachement à M. le Gouverneur Général OLIVIER et à M. le Gouverneur BERTHIER. Et surtout nous n'oublierons pas les Familles françaises et en particulier M^{lle} GOARÉ et les siens, qui ont allégé et adouci ce poids de la solitude et de l'expatriement en nous recevant comme un des leurs et en nous entourant tant d'encouragements salutaires que de conseils affectueux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TORSIONS DU PÉDICULE DES TUMEURS
DU PAVILLON DE LA TROMPE

HISTORIQUE

Les traités classiques de Gynécologie passent presque sous silence les néoplasmes du pavillon de la trompe. C'est qu'on reconnaît, en effet, que leur nombre est tout à fait restreint, et, peut-être à cause du peu d'importance clinique qu'on leur suppose, leur histoire clinique est mal connue.

Les seules données importantes que nous possédons sur ce sujet se trouvent dans un très petit nombre d'observations éparses dans les divers journaux de Chirurgie et de Gynécologie.

Dans ce modeste travail, nous n'avons pas la prétention de faire l'étude complète des tumeurs du pavillon tubaire; nous nous proposons seulement de rapporter quelques idées générales et surtout d'attirer l'attention sur les phénomènes cliniques causés par la torsion du pédicule de ces tumeurs, ainsi que la conduite à tenir en pareille circonstance.

Ces tumeurs sont de deux variétés : les unes solides et les autres liquides.

Fibromes et kyslo-fibromes. — L'existence des fibromes de la trompe fut longtemps contestée. Ce n'est que dans la seconde moitié du siècle dernier que l'on a commencé à en faire l'étude, mais très sommaire toutefois.

En 1859, Simpson, dans ses leçons de clinique, est un de ceux qui auraient attiré plus tôt l'attention sur les tumeurs fibreuses salpingiennes.

Bordes, en 1876, présente une observation de tumeur de la trompe atteignant le volume d'une tête d'enfant.

Enfin Pozzi, en 1897, soutient que les tumeurs fibreuses de la trompe sont rares et sans importance clinique.

A plus forte raison s'il s'agit de fibromes du pavillon, nous n'en connaissons, en effet, que trois observations. La *première*, publiée dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine* par M. Le Dentu ; la *seconde*, par Lecène, à la Société Anatomique de Paris en novembre 1909, intitulée : fibrome de la frange ovarique de Richard coexistant avec une grossesse isthmo-ampullaire rompue au deuxième mois. Le *troisième* enfin, cas inédit observé dans le Service de M. le Professeur Chavannaz, le fibrome à pédicule tordu. Tous trois d'ailleurs reconnus sur la table d'opération.

Kystes. — Fréquemment, on voit sur les trompes enlevées pour salpingites de petits kystes. Ils sont au milieu de franges, possèdent un pédicule dont la longueur varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres dont la torsion ne peut être que facile.

Exceptionnellement, on en observe quelques-uns à grand développement atteignant jusqu'à la grosseur d'une noix de coco.

Considérés dans son traité d'anatomie histologique, comme des œufs pédiculés du ligament large par Lieutaud, il nous semble que la première mention descriptive paraît due à Velpeau qui, en 1827, c'est-à-dire il y a juste un siècle, donna les dénominations de kystes extra-ovariques, petites poches à parois minces remplies de liquide transparent.

De même, Richard Bright, en 1838 ; Cazau, en 1884 ; Gosselin, Delpéch, Huguier, etc., signalaient de petites tumeurs kystiques n'ayant aucune connexion avec l'ovaire. Mais si ces kystes avaient été vus par un bon nombre d'au-

teurs, et distingués des kystes ovariens, leur origine n'avait nullement été recherchée par aucun d'eux.

Puis Follin, en 1850, dans sa thèse inaugurale, rapporta cette origine à une accumulation de sérosités dans les vestiges wolffiens, l'organe de Rosenmüller.

Bird, le premier, observa les caractères de ce liquide et fixa les indications thérapeutiques.

Verneuil, en 1852, vint confirmer ces résultats, et Panas et Duplay publièrent quelques cas.

Puis il se fit un silence en France, tandis qu'à l'étranger plusieurs auteurs s'intéressaient à ces travaux.

En Angleterre, c'est Spencer Wells qui décrit le premier kyste volumineux. Puis Matheus Duncan, sous le titre d'hydropisie parovarique, note encore leurs caractères et leur contenu. Et ensuite, successivement, Lawson-Tait, Thorton, Mac Donald, etc., s'occupent de la question.

En Allemagne, Spiegelberg parle de la valeur de la ponction comme moyen de diagnostic.

En Suisse, Müller et Rocher ont publié des travaux intéressants.

En Amérique, Washington Attlee termine son travail par l'analyse des liquides.

Plus tard, Sinéty et Mangin reprennent l'étude de ces kystes qu'ils considèrent comme des ovules surnuméraires. Orthmann et Kossmann, au contraire, les prenaient pour des trompes accessoires.

Mais tous ces auteurs parlent des tumeurs de la trompe et aucun ne décrit les formations spéciales kystiques du pavillon, surtout celles à grand développement (kystes hydatidiens) qui devraient nous intéresser, ne serait-ce que par leur analogie probable avec les kystes assez fréquents du cordon.

C'est en 1890 seulement que nous voyons la première mention d'une présentation de pièce publiée dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, par M. Routier.

En 1896, Tocheport publie un cas par découvertes opératoires.

Puis, en 1922, M. Tédénat reprit la question en publiant deux observations très circonstanciées dans le journal *La Gynécologie*. Il s'agissait de deux gros kystes dont l'un à pédicule tordu.

En 1927, M. Vanverts publie encore un autre cas intéressant dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, sur les kystes pédiculés du pavillon au cours des laparotomies.

Enfin, notre Maître, M. le Professeur Chavannaz, a eu encore l'amabilité de nous fournir une observation récente inédite, sur un cas qu'il vient de traiter à l'Hôpital Saint-André : un kyste à pédicule tordu chez une femme de 30 ans.

C'est en partant de ces notions et en particulier de nos deux observations que nous allons essayer de tracer l'histoire de ces tumeurs et de leurs complications, aux points de vue étiologie et pathogénie, anatomo-pathologie et clinique.

II

EMBRYOLOGIE

L'étude des tumeurs du pavillon, de la trompe doit s'éclairer de notions embryologiques que nous exposerons tout d'abord :

On sait que la trompe et son pavillon son formés aux dépens des canaux de Müller et qu'un grand nombre d'auteurs pensent que les tumeurs de cet organe résulteraient d'une prolifération des restes mulléo-wolffiens.

Vers le 3^e mois l'embryon commence à se sexuer, mais cette différenciation ne se fait pas sans laisser de traces ; c'est ainsi que dans les organes génitaux d'un sexe donné peuvent se retrouver à l'état plus ou moins rudimentaire les caractères du sexe opposé.

Rechercher l'origine primordiale de ces organes nous mènerait à un sujet trop vaste, et nous ne pouvons que résumer brièvement l'opinion la plus généralement admise.

Le mésoderme d'un embryon très jeune montre de chaque côté du canal médullaire trois bandes parallèles, qui ont des destinées différentes.

On trouve de dedans en dehors : la zone *rachidienne*, puis la *lame intermédiaire* et enfin la *lame latérale*. On sait aussi que la zone rachidienne présente des épaissements locaux séparés par des sillons transversaux. Ce sont les *segments primitifs* correspondant aux somites, ils évoluent en myotomes ou scléro-myotomes.

La segmentation retentit plus ou moins sur la lame intermédiaire dont les segments successifs, d'abord peu distincts, deviendront les néphrotomes au cours de leur

développement ultérieur. Enfin la lame latérale ne se segmente pas chez l'homme.

Chaque segment se creuse d'une cavité : myocèle pour les myotomes ; néphrocèle, à peine ébauchée pour les néphrotomes, tandis qu'à la lame latérale, qui reste insegmentée, répond une cavité unique, splanchnocèle ou *cœlome*.

Lorsque les myotomes se développent, ils se séparent complètement de la lame intermédiaire ; par contre, celle-ci conserve longtemps sa liaison avec la lame latérale. Il en résulte que la lame intermédiaire apparaît comme une couche continue, un peu moniliforme, accolée aux gouttières cœlomiques à l'endroit où la lame somatique se continue avec la lame splanchnique. C'est à cette bande qu'on a donné le nom de bande ou cordon *néphrogène*. Dans sa région supérieure, elle portera spécialement le nom de *cordon pronéphrogène* ; dans sa région moyenne, celui de cordon *mésonephrogène* ; et, dans sa région postérieure, on la nommera cordon *métanéphrogène*, ou encore, en raison de son étalement à ce niveau, *blastème néphrogène*.

Les trois reins successifs dérivent donc d'un même tissu mésodermique en des temps successifs et dans des régions adjacentes successives échelonnées de la région cervicale à la région caudale.

Il est curieux de constater que chez les vertébrés inférieurs tout le cordon néphrogène donne des organites du type pronéphros qui fonctionnent comme des organes émulgents pendant toute la vie de l'animal.

Chez des vertébrés plus élevés, les segments moyens et caudaux persistent seuls comme rein définitif. Cette constatation confirme cette loi, qui fait que dans nombre de cas l'évolution *ontogénétique* est un raccourci de l'évolution *phylogénétique*.

Ainsi, chez l'homme, le développement du pronéphros est ébauché seulement. Entre le 5^e et le 11^e somite environ, le cordon néphrogène se segmente en petites chambres

pronéphrogènes dont la paroi externe donne un petit cordon cellulaire plein qui se soudent entre eux, se creusent et se transforment en un canal unique, canal primitif, pour atteindre le cloaque.

Rapidement cette ébauche de rein se réduit à quelques vésicules qui disparaissent. La portion supérieure du canal primitif persisterait, au dire de certains auteurs, et c'est elle qui donnerait l'*Hydatide de Morgagni*, l'hydatide pédiculée du testicule ou de la trompe de Fallope.

Puis le mésonéphros se développe au point de former un organe volumineux, *corps de Wolff*, saillant dans le coelome, de chaque côté de la racine du mésentère dorsal. Le mésonéphros se forme aux dépens du cordon néphrogène, dans une zone qui s'étend du 7^e cervical au 3^e lombaire, dans laquelle on trouve le *canal excréteur primaire*.

Aux dépens de chaque segment, se développe un nombre variable de vésicules épithéliales, suivant l'âge de l'embryon, vésicules mésonéphrotiques ou début du tube urinaire du corps de Wolff. Chaque vésicule a primitivement une forme arrondie ou cubique, mais en évoluant un grand nombre dégénèrent, et celles qui restent s'accroissent latéralement en direction du tube excréteur principal et s'unissent à celui-ci. On peut alors distinguer une portion médiane renflée et libre et une portion latérale étroite et soudée au canal excréteur. La portion médiane s'allonge du côté ventral et se contourne en S, puis la cavité se prolonge dans la portion latérale et s'ouvre dans le *conduit excréteur primitif*, qui prend dès lors le nom de *Canal de Wolff*. La portion médiane s'évase en regard d'une anse vasculaire venue de l'aorte, elle se déprime en cupule et forme un glomérule du type de ceux du rein définitif. A ce moment, les trois portions essentielles du tube wolffien sont formées : glomérule, tube contourné ou sécréteur, et tube droit ou collecteur.

Du fait de ce développement, on conçoit que dans le corps de Wolff les glomérules soient situées du côté interne,

les tubes contournés occupant tout le reste de l'organe sauf la face externe, sur laquelle on reconnaît les tubes droits. Le canal de Wolff, qui tient lieu de canal collecteur, occupe une situation plus externe encore.

Canal de Müller. — A côté du canal de Wolff et sur sa face externe, on trouve un autre canal qui lui est parallèle, c'est le canal de Müller.

Né d'une invagination de l'épithélium cœlomique dans la portion supérieure et latérale du mésonéphros, il prolifère en direction caudale vers le cloaque ; ce canal est ouvert à son extrémité supérieure dans la cavité cœlomique par un entonnoir cilié. Vers son extrémité inférieure, il croise en avant le canal de Wolff et vient passer sur la face interne de ce dernier, pour s'adosser sur la ligne médiane au canal de Müller du côté opposé ; alors les deux canaux accolés viennent buter contre la face postérieure du *sinus uro-génital*, qui n'est que l'évasement des canaux de Wolff recevant les tubes urinifères.

Enfin notons maintenant quelques particularités du corps de Wolff :

En se développant, la masse des tubes urinifères et les glomérules mésonéphrotiques repoussent devant elles la paroi cœlomique et, peu à peu, une masse ovoïde très allongée fait saillie dans la cavité péritonéale tout en restant attachée à la paroi abdominale par un méso que nous verrons plus tard.

Le corps de Wolff en complet développement présente alors :

1° Sur la face interne une saillie oblongue, volumineuse ; c'est la *glande génitale* ;

2° Un cordon saillant qui forme le bord antérieur ou antéro-externe de l'organe ; c'est le *cordon uro-génital* qui contient dans sa partie inférieure le canal de Wolff et le canal de Müller. Ce cordon se prolonge au-dessus du corps du corps de Wolff jusqu'au sinus uro-génital. C'est dans

cette dernière partie que le canal de Müller, externe jusqu'alors, croise le canal de Wolff pour devenir interne.

On distingue au corps de Wolff plusieurs mésos :

1° Le *méso du corps*, court et épais, qui les rattache à la paroi abdominale postérieure ;

2° Le *méso-génital* (meso-testis ou meso-arium) qui rattache la glande génitale au bord postéro-interne du corps de Wolff ;

3° Le *repli uro-génital*, court et épais, qui rattache le cordon uro-génital au corps de Wolff ;

4° Les *ligaments diaphragmatique et inguinal*, qui le rattachent au diaphragme et à la région inguinale.

Dérivés Müllero-Wolffiens. — Cette situation embryonnaire est profondément modifiée chez l'adulte par le développement tardif de la cavité abdominale inférieure qui fait du 3^e rein, ou métanéphros, un rein lombaire, et par la liaison du corps de Wolff au testicule dont la descente entraîne cet organe en situation pelvienne d'abord, puis scrotale.

On a vu les rapports étroits de la glande génitale avec le corps de Wolff. Or, ce dernier comprend essentiellement les tubes du mésonéphros, le canal de Wolff et celui de Müller. Les unes et les autres de ces parties sont utilisées jusqu'au sinus uro-génital comme canaux excréteurs des glandes génitales ; les portions mésonéphrotiques pour la glande mâle et le canal de Müller pour la glande femelle. Les parties non utilisées subsistent sous forme d'organes vestigiaux dans l'un et l'autre sexe.

Ainsi, alors que chez l'homme les canaux de Wolff et Müller contribuent à former l'hydattide pédiculée, l'épididyme, les cônes efférents, le rete testis, le canal déférent, la vésicule séminale, le canal éjaculateur, les vas aberrans et l'organe de Giraldes, ainsi que le vagin mâle ou utricule prostatique (Thierch, 1852) ; chez la femme, au contraire,

ce sont les portions wolffiennes qui disparaissent, ne laissant que des vestiges, tandis que les canaux de Müller donnent naissance à la trompe, à l'utérus et au vagin.

A. — *Dérivés wolffiens*. — La partie épigénitale du canal de Wolff forme l'hydride pédiculé de Morgagni, attachée à une frange du pavillon de la trompe.

La portion génitale du corps de Wolff s'atrophie sauf dans la zone qui entoure directement le canal de Müller. Les tubes mésonéphrotiques persistent sous la forme d'un canal qui longe celui de Müller, les canaux de Gartner sur lesquels sont entés des canaux secondaires, flexueux et borgnes, logés dans la lame conjonctive qui réunit l'ovaire à la trompe. L'ensemble forme l'*organe de Rosenmüller* (1802) ou *épophore* (1870).

Les canaux du pôle caudal subsistent parfois sous forme de vésicules, d'où le nom de *paroophore*. La portion inférieure du canal de Wolff disparaît ou ne persiste qu'à l'état de vestiges épithéliaux homologues aux canaux de Gartner des solipèdes.

B. — *Dérivés mullériens*. — Après l'atrophie du corps de Wolff, les canaux de Müller forment deux conduits volumineux distincts l'un de l'autre, dans leur partie supérieure, mais sur la ligne médiane, accolés dans la partie inférieure. De cet accollement des deux canaux, résulte une fusion complète, de telle sorte que les portions inférieures des conduits de Müller droit et gauche ne forment plus qu'un canal unique, le canal *utéro-vaginal*, dont l'extrémité inférieure, aveugle, vient buter contre la paroi postérieure du sinus uro-génital, soulevant cette paroi en une petite saillie médiane, le *tubercule de Müller*.

Le segment supérieur des canaux de Müller donne naissance à l'oviducte ou trompe de Fallope. Suivant l'ovaire dans sa migration, la trompe, de verticale qu'elle était, devient à peu près horizontale.

L'entonnoir cilié du canal de Müller, ouvert dans la

cavité péritonéale sur la face externe du corps de Wolff, est amené du mésonéphros au contact même de l'ovaire ; il se développe considérablement et finit par coiffer celui-ci : c'est le *pavillon de la trompe* auquel est appendu l'hydatide de Morgagni.

La fusion des parties inférieures des canaux de Müller débute au commencement du 3^e mois. Elle commence à mi-hauteur de la portion située dans le cordon génital; elle progresse plus vite vers le haut que le bas, et devient complète vers le 4^e mois. Dès lors, le canal utéro-vaginal est complètement formé.

III

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs du pavillon de la trompe est très obscure, comme celle de toutes les tumeurs.

Nous devons remarquer cependant que plusieurs facteurs peuvent intervenir dans l'éclosion de cette affection, l'origine embryonnaire restant néanmoins admise.

D'abord l'âge. Si nous nous rapportons aux observations que nous allons relater, nous voyons qu'on les trouve chez des femmes relativement jeunes; juste en période d'activité génitale de 20 à 40 ans, ni au-dessous de 20 ans ni au-delà de 45. Il serait difficile de dire si réellement l'âge a influé sur la formation de ces tumeurs, mais ce qui paraît établi, c'est qu'on les trouve à l'âge adulte.

On pourrait également se demander si la grossesse ne joue pas un rôle important : 4/5^e de nos malades avaient eu des enfants. De même si l'on voulait encore attacher une certaine importance au point de vue inflammatoire, nous pouvons remarquer que chez presque toutes nos malades il y avait un long passé pathologique annexiel.

Quant au mécanisme de la torsion, rappelons l'opinion de Cathelin qui fait intervenir l'augmentation progressive de la tumeur. Mais d'autres facteurs assez importants pourraient être également envisagés ; la grossesse encore, par exemple, et nous citons le cas particulièrement intéressant de la malade opérée par M. Vanverts, pendant sa troisième grossesse.

Peut-être les variations de volume de l'utérus, son évacuation brusque au moment des accouchements, et fré-

quemment la constipation, phénomène habituel chez la femme, et aussi les efforts exagérés dans certains travaux, seraient également à signaler.

On remarque enfin que le côté droit est le plus souvent atteint (4 fois sur 5 dans nos observations). Serait-ce dû au voisinage de l'appendice souvent enflammé ?

IV

PATHOGÉNIE

Au point de vue pathogénique, les divergences sont très grandes, et il n'y a pas d'hypothèse qui n'ait été émise, en sorte qu'à l'heure actuelle il serait fort difficile d'en émettre une nouvelle. Nous nous contenterons d'une étude critique.

L'embryologie cependant, éclairée par les récents travaux de Félix et Stoerck, montre que le pavillon de la trompe et l'utérus dérivent d'une seule et même origine, à savoir les canaux de Müller. Il est donc bien probable que ces divers organes ayant des relations vitales communes, subissent les mêmes modifications physiologiques ou pathologiques.

Et d'abord, pour les fibromes, on a soutenu trois opinions :

La *première*, celle de Simpson, s'attache à démontrer la similitude qui existe entre les fibromes de l'utérus et ceux de la trompe et de son pavillon. Il se base sur la présence de fibres musculaires lisses dans les parois de ces organes, c'est pourquoi il affirme qu'il n'y a pas lieu de nier les fibromyomes nés sur ce dernier organe.

La *seconde*, de Robert Burnes, prétend au contraire qu'il peut y avoir des tumeurs migratrices.

Pour étayer son opinion, il s'appuie sur le fait que ces tumeurs ne sont jamais isolées, mais toujours accompagnées de leurs semblables, soit sur l'utérus, soit sur l'ovaire. Cette opinion repose en réalité sur un fait inconstant.

La *troisième opinion*, celle de Pilliet, affirme l'origine inflammatoire de ces tumeurs par suite de leur conomi-

tance régulière avec des troubles annexiels (cas de Fumigini qui a trouvé un fibrome à noyau purulent).

Pour ce qui a trait aux kystes, la pathogénie est plus obscure encore :

La théorie de Doran, qui considérerait quelques-uns de ces kystes comme de véritables hygromas, n'a plus qu'un intérêt historique.

Celle de Sinéty concorde avec les vues de Baker Brown et de Schatz. Elle admet l'existence d'un ovaire accessoire ou surnuméraire situé dans le ligament large. Mais on sait aujourd'hui que les vésicules de De Graaf ne forment jamais de gros kystes.

Puis de nouvelles théories furent émises, notamment celle d'Othmann parlant de trompes accessoires, ainsi que celle d'Hoffmann, les dénommant hydro-parasalpinx. Ce dernier allègue en faveur de sa théorie la présence d'un revêtement cylindrique vibratile comme une preuve de la dépendance tubaire, mais cette disposition est loin d'être conforme à toutes nos observations.

Stolz et Petit, de même que Schickele, Schiffmann et Steiner, prétendent que « le péritoine serait une formation très compliquée et que l'on pourrait diviser comme une carte de géographie, en territoire ayant chacun leur régime propre ». Ils rapportent donc ces kystes, qu'ils considèrent comme un stade de développement des nodules, à une propriété spécifique locale, c'est-à-dire à un pouvoir de prolifération ou d'inclusion de l'épithélium péritonéal, siégeant au niveau de leur point de développement. Mais il est démontré que les plus petits kystes en voie de formation présentent un enveloppement distinct du péritoine, qui fait saillie et n'étant pas déprimé sur la surface dirigée vers la cavité abdominale.

Dickson conclut encore que ces kystes pourraient être des espaces lymphatiques dilatés et seraient associés à des maladies de la trompe, des organes génitaux, qui arrivent à gêner la libre circulation de la lymphe dans le péritoine

de la trompe. Mais, dans nos observations, on ne trouve aucune anomalie morphologique d'un autre organe pelvien qui aurait pu gêner la circulation lymphatique.

Zidel croit de son côté à l'apposition des deux feuillets péritonéaux, entre lesquels se développerait une tumeur, mais l'absence de toute adhérence nous éloigne de cette théorie.

Nous revenons à l'idée première, l'hypothèse embryonnaire, une prédisposition des cellules dont on ne pourrait trouver l'explication que dans l'histoire du développement et l'influence hormonale sur la production des hétérotopies endométritiques.

Mayer invoque une genèse strictement inflammatoire ; cependant, il nous a semblé qu'il serait possible, étant donné l'absence d'adhérences et de signes inflammatoires, d'accorder une certaine part dans la formation de ces tumeurs aux modifications des processus physiologiques qui se passent normalement et périodiquement au niveau de la muqueuse utérine.

Ces canalicules qui échappent à l'oblitération, pendant l'évolution au stade foetal, restent en période de latence, jusqu'au moment où il se produit une modification de leur état.

Rappelons également la phrase de Doléris que l'on retrouve dans la thèse de Vignes : « Tout ce qui a été décrit comme métrite glandulaire doit être considéré comme une réaction de la muqueuse à une excitation ».

En effet, sous l'influence d'une réaction de la muqueuse utérine (congestion ou inflammation), le tissu cytogène qui pourrait tapisser l'intérieur de ces canalicules, réagit également, ou plutôt voit ses fonctions quiescentes renaître, d'où une modification dans les produits de sécrétion. Les canalicules se transforment en petits tubes glandulaires, en vésicules, ainsi le kyste est formé.

Lushka mentionnait d'ailleurs deux endroits pour la formation du kyste du ligament large : l'un sur le trajet des

canalicules du corps de Rosenmüller, l'autre, une fois sur cinq, à l'extrémité du pavillon de la trompe, c'est le kyste hydatifère de Morgagni.

Forster a suivi le développement de ces kystes depuis la dilatation d'un canalicule jusqu'à la vésicule close.

En résumé, nous pouvons conclure, en nous ralliant plutôt à l'hypothèse de Recklinghausen, qui, si dans la prolifération d'un des restes embryonnaires, l'élément musculaire ou fibreux vient à prédominer, la néoformation donnera naissance, soit à un fibromyome, soit à un adénomyome ; et si, au contraire, l'élément épithélial est en cause, nous trouverons un kyste.

Dans nos observations, ces tumeurs sont toutes pédiculées. Ce pédicule, parfois mince et long, s'est tordu.

La plupart du temps, la torsion se fait lentement et varie dans nos observations entre un et trois tours de spire.

Malgré la prétention de certains auteurs, qui disent que cette torsion pouvait avoir un effet favorable sur la régression du néoplasme, nous avons remarqué plutôt une aggravation de la lésion, allant jusqu'à des réactions péritonéales.

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces néoplasmes bénins du pavillon de la trompe sont ordinairement peu volumineux. Leur grosseur est souvent comparée à celle d'un œuf, d'une orange; néanmoins, quelques-uns atteignent un certain volume, celui d'une aubergine, d'une noix de coco, d'une citrouille même, tel est le cas rapporté par Tédénat qui contenait 6 litres de liquide hématique.

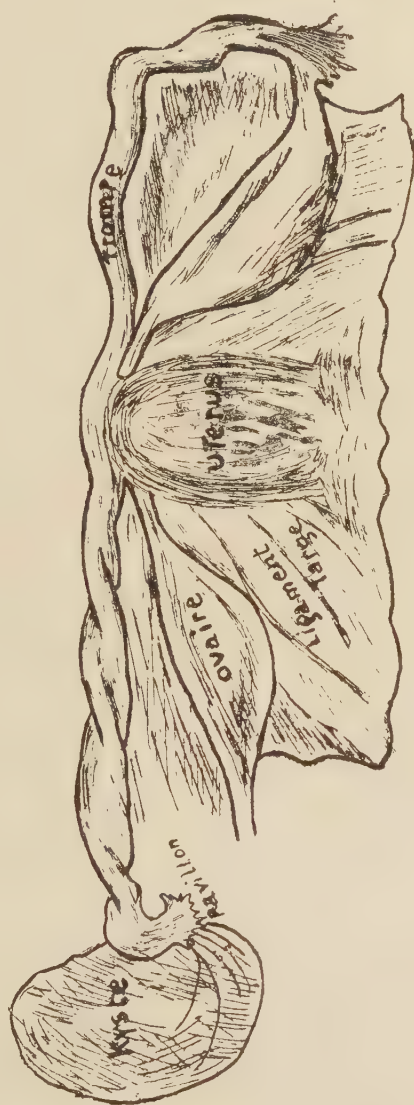
Une petite tumeur resterait incluse, mais comme souvent il n'y a pas d'adhérences, notamment au début, si le pédicule est long, elle peut acquérir une extrême mobilité, d'où la torsion très facile, le poids en particulier aidant pour les tumeurs solides.

Le pédicule existe toujours, plus ou moins net, plus ou moins large, même dans les cas des tumeurs de grand volume en apparence sessile, parfois même il atteint jusqu'à 10 centimètres de long.

La couleur varie également suivant les cas considérés : trois fois la tumeur était rouge violacé, et deux autres fois simplement gris bleuté (coloration classique).

La situation est assez variable : dans les observations où elle est nettement indiquée, nous trouvons deux fois la tumeur appendue sur la frange tubo-ovarienne et une fois sur la frange ovarique de Richard. Dans aucun cas, nous n'avons trouvé des adhérences avec les organes voisins, même quand ces tumeurs atteignent un gros volume.

Kystes. — Le contenu des kystes varie aussi : dans un cas seulement, le liquide était du type classique, eau de roche



Kyste tordu du pavillon de la trompe gauche.

et transparent; mais dans les autres où il avait été modifié par des hémorragies intra-kystiques, ce n'était qu'une bouillie noirâtre (voir 2^e observation).

La paroi intérieure est plutôt lisse.

A l'analyse, le liquide des kystes tordus ne présente rien de particulier ; mentionnons simplement le résultat de la 5^e observation : très nombreuses hématies, leucocytes polynucléaires sensiblement normaux, absence de flore microbienne, ensemencement négatif.

Tumeurs solides. — La tumeur opérée par M. le Professeur Chavannaz a été examinée par le Docteur Nadal, qui a eu la bienveillance de nous transmettre le résultat de son examen :

« A la coupe, coloration rouge violacé, un peu plus rose par places. L'uniformité du tissu est très grande.

» L'examen histologique montre qu'on est en présence d'une tumeur du type léiomyome que rien ne permet de distinguer des fibromes pédiculés d'origine utérine.

» Elle est constituée par une grande quantité de faisceaux musculaires lisses dessinant des anses et des boucles autour des vaisseaux.

» Le stroma conjonctif est réduit à sa plus simple expression. Il n'existe pas de tissus de dégénérescence maligne, pas plus que d'altération colliquative ; mais la masse totale présente les caractères de la nécrobiose : noyaux ayant perdu la propriété élective de réaction colorante par l'hématéine ; aspect flou des contours cellulaires ; infiltration par des éléments migrants ; thromboses vasculaires.

» En somme, il s'agit là d'un léiomyome longuement pédiculé et nécrosé par torsion vraisemblable du pédicule.»

Ces tumeurs, dont nous avons vu la disposition et l'aspect général, se trouvent donc reliées au pavillon de la trompe par un pédiculé plus ou moins tordu sur lui-même.

Le nombre de tours est variable, mais peu élevé en général. Dans nos observations, nous trouvons tous les intermédiaires depuis un demi-tour jusqu'à 3 ou 4 tours de spires.

La torsion du pédicule se fait tantôt de gauche à droite tantôt de droite à gauche et arrive à diminuer peu à peu le volume du pédicule ; c'est ce qui s'est produit dans le cas rapporté par M. le Professeur Chavannaz où le pédicule n'atteignait plus que la grosseur d'une allumette.

La trompe accompagne quelquefois le pédicule dans sa torsion ; elle est ordinairement vide, mais congestionnée plus ou moins violemment du fait même de la torsion, sans coexistence d'un épanchement séreux ou sanguin. D'après Boursier, elle pourrait jouer un rôle de protection dans les torsions de ces kystes en amendant les torsions brutales.

L'ovaire est toujours libre, souvent scléro-kystique.

Le péritoine réagit à peine dans les cas de torsion lente ; par contre, dans notre 5^e observation, où l'accident était aigu et brusque, on a remarqué un exsudat brunâtre d'une quantité de 3 à 4 cuillerées à café dans le Douglas.

La bilatéralité ou encore la présence d'un semis de kystes autour du plus gros, se rencontre assez couramment.

VI

SYMPTOMATOLOGIE

Le symptôme capital, celui qui ouvre la scène, ou plutôt qui préoccupe la malade, c'est la douleur. Dans le cas rapporté par M. Tédénat, cependant, la tumeur seule avait attiré l'attention du médecin au cours d'un examen.

La douleur est quelquefois brusque, aiguë, pongitive, sans cause apparente ou consécutive à un effort, d'après Oginz (de New-York).

Après quelques heures, ces manifestations douloureuses s'amendent (voir 3^e et 5^e observations) pour disparaître complètement et réapparaître à intervalles plus ou moins réguliers (cas de Vanverts). Le repos au lit les calme.

Il existe souvent quelques nausées et vomissements.

Si cette douleur se présente chez une femme enceinte, on pourrait la mettre sur le compte des modifications que subit l'utérus gravide ou penser à des phénomènes plus importants au point de vue pronostique et thérapeutique, à une rupture de grossesse tubaire.

Parfois, on observe plutôt des phénomènes douloureux moins brutaux, plus ou moins généralisés, intermittents et légers, s'irradiant vers le bas-ventre et les cuisses ou dans les lombes. Ils s'accroissent souvent au moment des règles, et rendent le travail, les rapports et la marche pénibles.

La douleur siège d'ordinaire du côté lésé, dans la fosse iliaque ou dans le flanc ; dans deux de nos observations, au contraire, elle était plus accentuée du côté opposé à la tumeur (voir 4^e et 5^e observations).

Enfin, elle peut faire encore défaut, c'est à peine si la

malade ressent quelques lourdeurs dans le bas-ventre (2^e observation).

Quelques troubles fonctionnels peuvent l'accompagner : *leucorrhées* et *métrorrhagies* par métro-annexite concomitante. Ils sont rebelles au traitement médical et même au curettage et ne cessent que le jour où l'on enlève la tumeur.

Du côté de l'appareil digestif, on peut rencontrer de la constipation ou plus souvent de la diarrhée, même post-prandiale chez la malade de Tédénat. Elle est due très probablement à une irritation des anses intestinales par compression due au volume même du kyste.

Par le toucher et le palper combinés, on sent souvent une masse. Elle est toujours sensible à la palpation et même quelquefois très douloureuse à la pression, surtout au niveau du pédicule. Sa mobilité est assez marquée tant qu'elle reste petite.

Les autres appareils ne présentent aucune manifestation particulière et ni la température ni le facies ne méritent une mention spéciale.

Le retentissement péritonéal n'est qu'esquissé ; dans un cas seulement, on a noté un peu de sérosités dans le Douglas (5^e observation).

En réalité, seuls les symptômes fonctionnels plus ou moins localisés restent quelquefois accentués.

VII

DIAGNOSTIC

Les incertitudes de diagnostic sont compréhensibles, car les tumeurs du pavillon de la trompe n'ont point de signes pathognomoniques qui permettent de les différencier des autres néoplasmes annexiels.

Quant à la torsion, elle ne fait en général qu'augmenter encore les difficultés.

Si, comme pour le cas rapporté par Vanverts, on a pu déterminer l'existence d'une tumeur avant la torsion et si les accidents éclatent bruyamment, le diagnostic peut être porté. Mais pareille éventualité est rare, et la patiente ignore ordinairement l'existence de la tumeur.

Comme le moment où la malade est examinée a une importance capitale, nous envisageons le diagnostic à deux périodes :

- 1° Pendant la crise ;
- 2° En dehors de la crise.

Pendant la crise. — Ici on se heurte à toutes les difficultés diagnostiques des accidents douloureux abdominaux.

Si les douleurs s'irradient dans les lombes avec accompagnement de phénomènes généraux, on peut songer à une crise de coliques hépatiques ou, plus couramment encore, de coliques néphrétiques.

D'autres fois, on hésite entre une hernie étranglée, une occlusion intestinale, une périméto-salpingite, une suppuration d'un kyste ou une torsion pédiculaire.

Mais l'erreur la plus fréquente, c'est de porter le diagnostic d'appendicite. Dans l'observation rapportée par Oginz (de New-York), par exemple, toute la pléiade des accidents péritonéaux, des symptômes appendiculaires, fait porter, à juste titre semble-t-il, le diagnostic d'appendicite aiguë.

Nous ne nous attarderons pas à détailler les caractères distinctifs de toutes ces différentes affections, car bien souvent encore, durant la crise, on en sera réduit à des conjectures.

En dehors de la crise. — Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les symptômes aigus peuvent totalement faire défaut ou n'être le plus souvent que passagers, la situation ira en s'améliorant, les muscles abdominaux se défendront moins et la palpation sera devenue facile.

Le médecin trouvera donc, quelquefois, la tumeur plus ou moins mobile, indépendante de l'utérus, localisée dans la zone annexielle, souvent douloureuse à la pression, surtout au niveau du pédicule.

Il hésitera alors entre une suppuration kystique, une salpingo-ovarite prolabée et une torsion d'un fibrome pédiculé de l'utérus, d'un hydro-salpinx, d'un kyste ovarique ou para-ovarique.

Une suppuration kystique est généralement consécutive à une maladie générale comme la grippe ou la fièvre typhoïde et accompagnée de troubles généraux accentués.

Le diagnostic différentiel avec un fibrome pédiculé de l'utérus est quelquefois très délicat.

Dans les hydro-salpinx, un long passé annexiel, une hydorrhée plus abondante, des phénomènes nerveux prédominants et une tumeur beaucoup plus incluse, y feront peut-être songer.

Enfin, pour les kystes de l'ovaire, on pourrait dire que le tableau est plus dramatique en cas de torsion.

Si l'on pense soit à une grossesse extra-utérine soit à une hématocele péri-utérine, le volume de l'utérus ainsi que l'état du col et des seins et les divers signes de présomption pourront permettre de faire le diagnostic.

Chez une accouchée, l'élévation de la température et la douleur abdominale, feront songer à une infection puerpérale ; mais, à un examen minutieux, la constatation d'une tumeur indépendante de l'utérus amènera peut-être au diagnostic.

VIII

PRONOSTIC

On ne peut guère donner une idée exacte du pronostic d'une tumeur du pavillon de la trompe tordue, abandonnée à son évolution naturelle.

En tout cas, la gangrène de la tumeur pourrait en résulter et, par suite, viendraient infection et contamination des organes voisins et phénomènes généraux plus ou moins prononcés.

D'une manière générale, la maladie évolue par poussées successives ou par douleurs intermittentes et croissantes qui rendent la situation de la malade intolérable, et dont seule l'intervention chirurgicale peut la débarrasser.

Au contraire, le pronostic après intervention est bénin, et, dans les observations que nous rapportons, toutes les opérées ont parfaitement guéri, d'autant plus que ces interventions ont été favorisées par l'absence d'adhérences.

IX

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs du pavillon de la trompe, que leur évolution soit compliquée ou non de torsion, est exclusivement chirurgical.

Certains chirurgiens (cas de Tocheport) préconisaient l'incision vaginale ; c'est une voie aveugle, à rejeter.

Nous préconisons sans hésitation la laparotomie, voie toujours adoptée chez les opérées dont nous rapportons les observations.

Nous ne décrivons pas la technique générale de cette opération dont la fréquence est devenue telle que tout chirurgien doit être à même de la mener à bonne fin.

L'absence habituelle d'adhérences et la longueur du pédicule permettent l'extériorisation et l'ablation faciles des kystes de moyen volume.

Le moment de l'intervention reste la question la plus importante :

Tout d'abord, en principe et suivant les préceptes chirurgicaux actuellement admis, on doit *opérer à froid*, et nous pensons qu'ici la temporisation est sans danger, car il est rare qu'une première crise de torsion conduise à des accidents aigus très graves.

Sauf accidents très menaçants donc, temporiser, et attendre la cessation de la crise.

Une éventualité est à noter : la malade qui présente des accidents aigus est enceinte. Le cas de Vanverts que nous rapportons prouve que la grossesse ne peut pas contr'indiquer l'intervention (l'opération a été suivie de succès et la

grossesse a continué son cours), quoique cependant la possibilité d'avortement doit être toujours envisagée.

De toutes façons, il faut chercher à pratiquer l'opération minima : se contenter de l'extirpation de la tumeur (observation n° 2) et n'enlever la trompe que s'il existe des adhérences intimes ou des lésions salpingiennes.

La castration utéro-ovarienne sera réservée aux cas où l'utérus et les annexes sont malades.

Bien que le nombre de nos observations soit assez restreint, nous pouvons quand même considérer les bons résultats obtenus : guérison radicale et disparition totale de tous les symptômes : douleurs, pertes, etc..., après intervention chirurgicale.

Enfin, *nous pensons qu'il est bon d'attirer l'attention sur ce fait*, qu'au cours des laparotomies, il ne faut pas négliger les petites néoformations solides ou kystiques plus ou moins pédiculées, appendues aux franges du pavillon de la trompe et qu'il faut au contraire en pratiquer chaque fois l'extirpation. Ces néoplasmes, sans même présenter d'accidents de torsion, peuvent devenir par la suite la source de troubles fonctionnels plus ou moins sérieux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Chavannaz.)

M^{me} X..., 36 ans, entre dans le service de clinique chirurgicale, salle 9, lit 3, pour douleurs siégeant au niveau du bas-ventre.

Cette malade a été réglée à 11 ans 1/2 ; ses règles étaient régulières, précédées de douleurs pendant 2 ou 3 jours et d'une durée moyenne de 5 à 6 jours.

Mariée à 17 ans 1/2, elle a eu une grossesse à terme, deux ans après son mariage. L'enfant, bien portant, est actuellement âgé de 16 ans 1/2.

Depuis cet accouchement, la patiente accuse des pertes blanches avec des douleurs au niveau du bas-ventre ayant leur maximum au moment des règles. Ces douleurs sont d'intensité telle qu'elles gênent la malade dans son travail ; les marches tant soit peu prolongées sont impossibles et les rapports sexuels sont douloureux.

Un traitement médical fut institué, il y a 9 ans (ovules, injections et cautérisations ignées du col). Néanmoins, il ne donna aucun résultat et les pertes et les douleurs persistèrent toujours. Ces pertes prirent nettement un caractère purulent, jaune verdâtre, empesant le linge.

En 1924, il fut pratiqué un curettage sous anesthésie générale qui n'amena encore aucune amélioration.

Enfin, il y a 2 ans, ses règles furent interrompues durant 5 mois sans autre signe pouvant faire penser à la gravidité ; puis, après cette absence, elles redevinrent normales.

Du côté des antécédents personnels, on ne note qu'une rougeole dans l'enfance et une congestion pulmonaire à l'âge de 32 ans.

Quant aux antécédents héréditaires, nous ne signalerons à peine que la notion d'un frère tuberculeux mort à l'âge de 35 ans.

Examen, le 7 mai 1927. — L'état général est satisfaisant. On ne note aucune réaction thermique. Les dernières règles datent du 17 avril 1927. Les mictions sont normales.

Par le palper abdominal, on trouve une masse oblongue transversalement, allongée au-dessus du pubis qu'elle déborde de 3 travers de doigt ; elle est douloureuse à la pression et mate à la percussion.

Par le toucher combiné, on constate que le col est abaissé, regardant un peu en arrière. L'utérus, antéfléchi, est un peu augmenté de volume.

En avant de l'utérus, on sent une masse oblongue, du volume d'un gros citron, un peu aplatie. Elle est régulière dans sa partie supérieure, irrégulière dans sa partie juxta-utérine, et la palpation de cette dernière portion est douloureuse.

La masse entière est aussi légèrement douloureuse quand on la saisit entre les deux mains. Elle est peu mobile latéralement ou verticalement. Elle paraît indépendante de l'utérus, car on peut penser entre elle et ce dernier qui se laisse facilement remonter, tandis que la masse peut être maintenue en place contre le pubis.

Le cul-de-sac gauche est souple, mais on sent ses annexes augmentées de volume quoique non douloureuses.

Du côté de l'appareil digestif, rien d'anormal à signaler. De même pour les autres appareils.

Le diagnostic hésite entre :

Kyste dermoïde de l'ovaire,

Fibrome utérin pédiculé sous-péritonéal,

Tumeur solide de l'ovaire.

18 mai 1927. — Sous anesthésie générale à l'éther, la laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée. On trouve alors une masse antérieure de forme oblongue et du volume présumé que l'on isole aisément des parties voisines. Elle n'a que des connexions très libres avec l'appareil génital. Son pédicule très grêle, du volume d'une allumette, s'implante sur

le pavillon de la trompe droite, à la partie postérieure de celle-ci.

La tumeur est enlevée, les annexes sont respectées. La masse a pour grand périmètre 25 centimètres et pour équateur (périmètre minimum) 19 centimètres. Le poids est de 215 grammes.

De consistance très ferme, élastique et fibreuse en certains points, dure et ligneuse en d'autres, elle est de coloration brune tirant sur le vert réséda avec des points plus sombres, rouge noirâtre, en certains endroits.

Les suites opératoires sont normales et sans incidents. La malade sort guérie du service, le 9 juin 1927.

Examen histologique par le Docteur Nadal. — « A la coupe, coloration rouge violacé, un peu plus rose par places. L'uniformité du tissu est très grande.

» L'examen histologique montre qu'on est en présence d'une tumeur du type léiomyome que rien ne permet de distinguer des fibromes pédiculés d'origine utérine.

» Elle est constituée par une grande quantité de faisceaux musculaires lisses dessinant des anses et des boucles autour des vaisseaux.

» Le stroma conjonctif est réduit à sa plus simple expression. Il n'existe pas de tissus de dégénérescence maligne, pas plus que d'altération colliquative, mais la masse totale présente les caractères de la nécrobiose : noyaux ayant perdu la propriété élective de réaction colorante par l'hématéine; aspect flou des contours cellulaires, infiltration par des éléments migrateurs, thromboses vasculaires.

» En somme, il s'agit là d'un léiomyome longuement pédiculé et nécrosé par torsion vraisemblable du pédicule. »

OBSERVATION II

(Par M. Tédénat, de Montpellier. — Journal *La Gynécologie*, de 1922.)

Kyste hématique (6 litres) sessile, développé sur la frange tubo-ovarienne gauche. Ovaires et trompes en état anatomique normal. Excision de la poche kystique. Ovaires et trompes conservés. Guérison per primam.

M^{me} J..., de Gordes (Vaucluse), 44 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Toujours bien réglée depuis l'âge de 13 ans ; pas de leucorrhée, pas de grossesse, ce qu'on peut attribuer au mari. Souvent, depuis plusieurs années, dyspepsies et diarrhées post-prandiales.

C'est au cours d'un examen médical que fut découverte, il y a quelques semaines, une tumeur abdominale.

18 mai. — Etat général bon. Femme maigre, nerveuse. Bon appétit. Quelques pesanteurs dans le bas-ventre, la région lombo-sacrée, s'irradiant parfois dans la cuisse droite.

Palpation. — Tumeur occupant tout le bas-ventre jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lisse, rénitente, un peu plus développée du côté droit.

Toucher. — Tumeur distend le cul-de-sac droit et refoule l'utérus à gauche en latéro-version très accentuée. M. Tédénat diagnostique un kyste de l'ovaire droit inclus dans le ligament large. La situation de la tumeur, malgré marche, voyages en chemin de fer, explorations multiples en positions variées, n'a pas changé depuis le premier examen fait par M. Tédénat. Le Docteur Lapeyre croit aussi au kyste inclus.

28 mai. — L'anesthésie à l'éther est bonne. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le kyste apparaît gris blanc, sans les stries rosées des kystes inclus ; pas d'adhérences. Ponction avec le trocart de Spencer Wells, rien ne coule. Incision de 3 centimètres au bistouri. On évacue environ 6 litres de bouillie hémorragique, à gros grains

rares, d'un volume d'une noisette, et surtout de menus grains, vrai raisiné.

La poche attirée doucement, on la voit attachée par sa pointe sur la frange du ligament tubo-ovarien gauche. Elle remonte le long du bord gauche de l'utérus, coiffe son fond et tombe dans le cul-de-sac droit, entre la face postérieure du ligament large et le rectum. Il n'y a pas la *moindre adhérence*.

Le pédicule, très court et mince, un peu tordu, s'attache sur la frange tubo-ovarienne longue de 4 à 5 centimètres. Il est lié et sectionné.

Il est facile de respecter l'ovaire et le pavillon de la trompe; les annexes sont en état parfait des deux côtés.

Sutures de la paroi. Réunion per primam sans la moindre réaction fébrile.

M^{me} J... quitte la maison de santé le 19 juin 1921.

OBSERVATION III

(Par M. Vanverts. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, sept. 1927.)

*Torsion d'un petit kyste de la trompe pendant la grossesse ;
utilité de l'ablation systématique des petits kystes pédi-
culés du ligament large au cours des laparotomies.*

M^{me} R..., 30 ans, ayant accouché normalement trois fois en quatre ans. Les trois accouchements furent suivis de métrorragies qui durèrent plusieurs semaines. Ces hémorragies, succédant à des grossesses pénibles, ont amené un certain état de faiblesse et d'amaigrissement.

Douleurs intermittentes dans le côté droit du bas-ventre.

2 octobre 1925. — Quand j'examine cette malade pour la première fois, je constate l'existence d'une métrite cervicale chronique et d'un ovaire droit gros et douloureux. La paroi abdominale est relâchée et le rein droit est tpsé.

Je me proposais de soigner la métrite, mais une nouvelle grossesse se produisit et se termina normalement en juin 1926. Elle fut moins pénible que les précédentes et le traitement récalcifiant par des injections sous-cutanées remonta l'état

général. Après ce quatrième accouchement, des métrorragies se produisirent pendant plusieurs semaines, comme après les trois premiers.

Les douleurs du côté droit du bas-ventre, qui avaient continué, intermittentes et légères pendant la grossesse, se calmèrent un peu, puis reparurent en janvier 1927.

19 février. — Subitement, douleur vive, d'abord généralisée dans tout le ventre, puis localisée dans la région de la fosse iliaque droite; cette douleur, très aiguë, persiste pendant deux jours ; elle ne s'accompagne pas de nausées ni de fièvre. Elle diminue le 13, mais existe encore le 14, quand je suis appelé à revoir la malade.

Je retrouve ce jour-là ce que j'avais constaté lors de mon premier examen. *A la partie postérieure du cul-de-sac droit existe une masse que je considère comme l'ovaire gros, et qui est douloureuse* ; il y a en outre de la douleur au niveau de la pédicule qui réunit cette masse à la corne utérine.

Cette douleur provoquée est la même que celle ressentie spontanément par l'intéressée.

Je considère qu'il s'agit d'une torsion de l'ovaire ou de la trompe, et je conclus à la nécessité d'une intervention. Celle-ci est acceptée par la malade qui attend la fin des règles pour s'y soumettre, mais celles-ci manquent en mars (dernières règles 4 février).

Les douleurs continuent à se reproduire un jour sur deux environ. En mars, a lieu une crise violente, semblable à celle de février ; elle siège à droite et aussi un peu à gauche.

L'examen me permet de constater une augmentation de l'utérus qui rend très plausible l'existence d'une nouvelle grossesse. La petite masse droite reste très douloureuse ; il y a aussi de la douleur à gauche. J'insiste pour que l'intervention ne soit pas différée. Celle-ci est pratiquée quelques jours après.

L'utérus a le volume d'un utérus gravide d'un mois et demi à deux mois. A gauche, *est appendue au pavillon de la trompe* une petite saillie oblongue, de coloration noire, rattachée à la trompe par un pédicule très grêle, d'un centimètre environ de longueur. L'ovaire et la trompe gauche sont normaux.

J'excise le kyste après ligature de son pédicule. L'ovaire

droit, nettement augmenté de volume, dur en certains points, est libre. Comme la douleur provoquée siégeait à son niveau, je l'enlève, mais je laisse la trompe droite pour éviter des manœuvres au contact immédiat de l'utérus.

Au pavillon de la trompe droite est appendu un petit kyste semblable à celui de la trompe gauche, mais de coloration jaunâtre. Je l'enlève après ligature de son pédicule.

Les suites de cette intervention furent normales et la grossesse continua son cours. Les douleurs disparurent complètement.

OBSERVATION IV

(Par Oginz, de New-York. — *American Journal*, 1919.)

Grand kyste sous-séreux de la trompe causant une triple torsion et la gangrène de la trompe, ressemblant à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu.

E. B..., 29 ans, née aux Etats-Unis, fut adressée à la division chirurgicale de l'Hôpital Kings County le 7 mai 1919, comme présentant un cas d'appendicite aiguë. Après l'histoire suivante et un examen physique, l'auteur accepta la patiente avec le diagnostic d'un kyste ovarien à pédicule tordu. La malade raconta l'histoire suivante :

Début. — Quatre jours avant son admission à l'Hôpital, elle fut prise d'une grande douleur sur le côté droit du dos, douleur soudaine, aiguë, constante, non radiée, causant un grand malaise. La douleur se fit sentir dans la région de Mac Burney, puis dans l'ombilic, et maintenant totalement du côté droit.

Règles. — Début à 14 ans, tous les 28 jours assez régulièrement, d'une durée de 4 à 5 jours, modérément, sans douleur; même après son mariage, a toujours été réglée régulièrement.

Mariage. — A 18 ans, il y a 11 ans par conséquent; a eu 3 grossesses avec délivrances normales, 2 avant terme. Les enfants ayant 11 ans, 7 ans et 3 ans 1/2. Pas d'avortement.

Examen physique : abdominal. — Rigidité considérable de la région hypogastrique, avec douleur sur le point de Mac

Burney et réflexe péritonéal ; l'empâtement occupant tout le côté droit et la région hypogastrique.

Toucher vaginal. — Le col de l'utérus est de consistance normale quoique présentant deux cicatrices transversales. L'utérus est rétroversé et, dans son cul-de-sac droit, on sent une masse mobile et non adhérente. Pas d'autres conditions pathologiques.

Tous ces renseignements, après examen physique, semblaient justifier le diagnostic d'un kyste ovarien avec torsion du pédicule, et cependant ce diagnostic ne fut pas prouvé par l'opération.

Une incision au milieu de l'abdomen, de l'ombilic à la symphyse, montra un péritoine bleuâtre, décoloré, et une masse kystique de la dimension d'une grande noix de coco, avec la trompe droite attachée par son extrémité ovarienne. On trouva la trompe tordue trois fois sur elle-même et gangréneuse. Les torsions étaient facilement réductibles.

On ne trouva pas d'autres conditions pathologiques. La trompe entière, le kyste et l'ovaire furent enlevés en masse. L'ovaire était sclérotique, petit et kystique.

L'appendice fut également enlevé pour la prophylaxie.

OBSERVATION V (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Chavannaz.)

M^{me} X..., 33 ans, entre dans le Service de clinique chirurgicale le 29 janvier 1928, salle 9, lit 17, pour douleur abdominale localisée à gauche. Celle-ci a débuté huit jours après les règles, le samedi 28 janvier à 15 heures. Très brutale, en coup de poignard, elle a obligé la patiente à s'aliter.

Les douleurs ne firent qu'augmenter et, dans la journée du dimanche, il s'y ajouta des frissons accompagnés d'abondantes sueurs et de fièvre.

Le soir, vers 21 heures, des nausées et vomissements se montrèrent ; la malade se décida alors à entrer à l'Hôpital.

Du côté des antécédents, il faut noter un amaigrissement assez marqué depuis le mois d'octobre 1927.

M^{me} X... a été réglée à 17 ans et, depuis, toujours régulièrement ; les règles duraient 2 à 3 jours ; cependant en juillet, août et septembre 1927, elles étaient très abondantes.

La malade a eu trois grossesses à terme à 28, 29 et 32 ans ; un des enfants est décédé.

Température 38°. Dans la journée du 30, la malade a encore des vomissements ; elle n'est plus allée à la selle depuis le 28.

A la palpation, le ventre est souple et indolore à droite, contracturé et douloureux à gauche avec maximum au milieu de la fosse iliaque.

Par le toucher vaginal, on trouve le col en avant, l'utérus est rétrofléchi. Dans le Douglas, on sent une tumeur arrondie, dure, faisant corps avec l'utérus : elle est indolore. Sauf du côté gauche qui est un peu douloureux, les culs-de-sacs paraissent indolores.

Par le toucher rectal, on trouve un périnée très court avec la cloison recto-vaginale très mince. La tumeur bombe dans le rectum, mais la paroi rectale n'est pas adhérente.

Le diagnostic hésite entre :

Kyste dermoïde de l'ovaire droit ;

Annexite prolabée.

Le 17 février 1928, sous anesthésie générale à l'éther, la laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée.

On trouve alors une masse de la grosseur d'un œuf de poule, de couleur violacée, appendue aux franges de la trompe de Fallope droite. Il existe dans le Douglas de deux à trois cuillerées à soupe de liquide brunâtre. L'ovaire est isolé de la tumeur. Ablation de la tumeur avec les annexes correspondantes.

Il s'agit d'un kyste à pédicule tordu du pavillon de la trompe droite.

Examen. — On est en présence d'une masse kystique appendue au pavillon de la trompe ; celle-ci est aplatie. On arrive cependant à la cathétériser par ses deux extrémités.

Le liquide est hématique et décèle de très nombreuses hématies et des leucocytes polynucléaires dans des proportions sensiblement égales à celles qu'on trouve dans le sang. Absence de flore microbienne. Ensemencement négatif.

Les suites sont légèrement fébriles. La malade sort guérie le 7 mars 1928.

Examen histologique par le Docteur Nadal. — Le kyste est du volume d'une petite orange. Il est tendu, à peu près lisse à sa surface sauf une bosselure qui correspond à une deuxième poche de la grosseur d'une cerise.

Le contenu de la grande poche est modérément hématique au lieu que celui de la petite constitue un véritable caillot.

A l'examen histologique, la paroi est épaisse, fibreuse, bien vascularisée ; revêtue à l'intérieur d'un épithélium cylindrique.

Le kyste a subi un début de dégénérescence maligne.

On observe sur la paroi une multitude de petites végétations que le microscope nous montre constituées suivant le type des épithéliomas dendritiques de la région, c'est-à-dire avec un stroma finement arborescent revêtu d'un épithélium cylindrique cubique ; la vascularisation capillaire en est extrêmement congestive.

En résumé, cysto-épithélium végétant dendritique, en plein développement, ayant subi une torsion pédiculaire.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs du pavillon de la trompe sont des tumeurs relativement rares.

2° Leur volume est variable et elles présentent un pédicule qui leur donnent une certaine mobilité, rendant la torsion facile à priori.

3° Les accidents de torsion de ces tumeurs sont néanmoins peu fréquents.

4° La douleur est le principal et signal symptôme.

5° Le diagnostic différentiel, en cas de torsion, reste délicat, en particulier avec les trois affections suivantes :

La crise appendiculaire aiguë ;

La rupture d'une grossesse extra-utérine ;

La torsion d'un kyste de l'ovaire.

6° L'extirpation de la tumeur par laparotomie médiane sous-ombilicale est le traitement rationnel.

7° Le traitement prophylactique de ces tumeurs, ou du moins de leurs complications, consiste dans l'ablation systématique de toutes les petites néoformations plus ou moins pédiculisées des franges du pavillon de la trompe rencontrées au cours des laparotomies.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 Mai 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — A propos d'hydro-salpinx et de torsion du pédicule. (Soc. Chirurg. Lyon, 1905.)
- BENOIT. — Kystes hydatiques des trompes. (*Ann. Gyn. et Obst.* 1896.)
- BIAR. — L'épithélioma primitif des oviductes. (Thèse de Paris, 1914.)
- BONTEMPS. — L'adénomyome de la trompe utérine. (Thèse de Paris, 1910.)
- CAMUS. — Anomalies congénitales de la trompe de Fallope. (Thèse de Paris, 1924.)
- CLOEK. — Papilloma of the Fall. tube. (*John's Hosp. B.*, 1898.)
- CORNIL. — Kystes de la muqueuse de la trompe. (*Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1905.)
- COURRIER. — Etude morphologique et fonctionnelle de l'épithélium du pavillon de l'oviducte chez les mammifères. (Soc. biol., 1921, p. 571.)
- DELANOY. — Contribution à l'étude des embryomes et tumeurs mixtes de la trompe utérine. (*Gyn. et Obst.*, 1923.)
- THOMAS DICKSON. — De la nature des petits kystes couvrant les trompes de Fallope. (*The American Journ.*, 1903.)
- FERRARESI. — Ancora sulle cisto tubarishe. (*Arch. di Obst.*, 1895.)
- FIORI. — Hydro-salpinx expérimental. (*Polyclin.*, 1902.)
- FOLLIN. — Recherche sur le corps de Wolff. (Thèse de Paris, 1850.)

- FORGUE. — Oblitération de l'orifice abdominal des trompes. (Soc. Anat., 1923.)
- GALLACHER. — Funbrial cyst. (*J. teun ass.*, 1921-22.)
- GOSSET. — Sur un cas de tumeur primitive de la trompe. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1909.)
- GYON. — Kyste de la trompe gauche fixé dans le petit bassin. (*Gaz. Méd.*, Paris 1887.)
- JACOBS. — Kyste dermoïde de la trompe. (Soc. Belge Gyn. et Obst., 1899-1900.)
- JAYLE et HALPÉRINE. — Des canaux borgnes accessoires de la trompe. (*Revue franç. d'Obst. et Gyn.*, 1922.)
- KERMANNER. — Lymphangiome der tube. (*Arch. Gynek.*, 1909.)
- KERTZMANN. — Tubo-cyste. (*Allg. Wien. Med. Ztg.*, 1888.)
- KLEIN. — Microscopical report a pediculated tumor growing from the oviduct. (*Med. Bull.*, 1895.)
- KOSSMANN. — Ueber accessorische Tuben un Tubenostien. (*Zeitschr. f. Geburtshülfe Gyn.*, 1894, Band xxix, Helf 2.)
- LECÈNE. — Epithélioma primitif de la trompe. (*Ann. Gyn.*, 1909.)
- LE DENTU. — Kysto-fibrome appendu à l'extrémité externe du ligament tubo-ovarien et à la grande frange du pavillon de la trompe. (*Bull. Acad. de Méd.*, 1890.)
- LOP. — Hydro-salpinx. Torsion du pédicule. (*Gaz. des Hôp.*, 1911.)
- MANO. — Sopra una ciste impratata sulla, salpinge contenete nova di oxyuris verm. (*Arch. Ital. Gyn.*, 1901.)
- MAYER. — Ueber ein Myoma tubae. (Thèse de Herdelberg, 1917.)
- MERMOD. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des kystes de la trompe. (Thèse de Genève, 1907.)
- MOREAUX. — Morphologie et fonction gland. de l'épith. de la trompe. (*Arch. ann. microsc.*, 1913.)
- MOUCHOTTE. — Hydro-salpinx tordu sur son pédicule. (*Rev. Franç. Gyn. et Obst.*, 1921.)

- MULLER. — Kyste hématique de la trompe droite tordue chez une jeune fille. (*Loire Médicale*, 1921.)
- FILIP OGINS. — A large sulserons tubal cyst. causing triple torsion. (*American Journal of Obst.*, 1919.)
- OUVRAY. — Etude sur les tumeurs fibreuses et myomateuses de la trompe utérine (*Arch. Mens. d'Obst. et Gynéc.*, Paris 1912.)
- PICHEVIN. — Trois kystes dermoïdes sur les deux trompes. (*Sem. Gyn.*, 1907.)
- PILLIEL. — Fibromyome de trompe utérine. (Soc. An., 1894.)
- PORET. — Des fibromes de la trompe utérine. (Thèse de Paris, 1898.)
- REYMONDI. — Les kystes du ligament large. (Thèse Paris, 1907.)
- ROUTIER. — Kyste du pavillon de la trompe. (*Bulletin de Chirurgie*, Paris 1890.)
- RUDOLPH. — Beitrag zuden Fibromen der Tube. (*Arch. für Gynak*, 1898.)
- PETIT. — Pathogénie des kystes paratubaires. (*Sem. Gynéc.*, 1896.)
- POZZI. — Traité de Gynécologie.
- QUENU et LONGUET. — Des tumeurs des trompes. (*Revue Chir.* Paris, 1901.)
- SCHIFFMAN et STEINER. — Nodules et kystes de la trompe. (*Journ. Leipzig*, 1926.)
- SCHÖBER. — Contribution à la pathogénie et à la clinique des tumeurs kystiques salpingiennes à forme irrégulière, (Thèse de Paris, 1896.)
- SCOTT. — Renoval af dermoid cyst. (*Pacif. M. Surg.*, 1883.)
- STOLZ. — Beitrag zu den cystischen Bildungen an der tube. (*Monatsch für Gebutsh u Gynakal*, Berlin 1899.)
- STOLZ. — Beitrag zur den cystischen Beldungen an der tube. (*Gynak*, 1899.)
- STORK. — Dermoid tumor al both fallopi an tubes. (*J. Obst. And Gyn. Britann. emp.*, 1912.)

- SUSTON. — Myoma of the Fallopian tube. (*Med. Press. Med.*, avril 1892.)
- TÉDENAT. — Tumeurs végétantes des trompes utérines. (*Arch. Prov. de Chir.*, 1906.)
- TÉDENAT. — Deux kystes du pavillon de la trompe à grand développement. (*La Gynécologie*, 1922.)
- THOMSON. — Ein fall von tubo ovarialcyste. (St-Peterb. *M. Woch.*, 1895.)
- TOCHEPORT. — Kyste du pavillon de la trompe droite. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1896.)
- VANVERTZ (Z.). — Torsion d'un petit kyste pendant la grossesse. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1927.)
- VORIOI. — L'épithélium de la trompe chez la femme. (Thèse de Nancy, 1900.)

